

Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico isquêmico

Epidemiological profile of patients affected by ischemic stroke

Eduardo Santos da Silveira¹, Lucas da Rosa Montanha¹, Alaor Ernst Schein², Kristian Madeira³

Vinculação do artigo

Curso de Medicina – Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

Endereço para correspondência

Alaor Ernst Schein

Curso de Medicina – Av. Universitária, 1105

Criciúma – SC – Bairro Universitário

CEP – 88806-000

alaorschein@gmail.com

Fonte de Financiamento: dos próprios autores.

1. Acadêmicos de Medicina, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).
2. Médico Intensivista Pediátrico. Professor do curso de medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. Mestre em Clínica Médica - Pediatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
3. Professor de Bioestatística do departamento de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Doutorando em Ciências da Saúde pelo PPGCS/UNESC. Pesquisador do Laboratório de Epidemiologia da UNESC.

RESUMO

Este estudo visou traçar o perfil epidemiológico de pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico, e identificar fatores de risco para o desfecho óbito. Foram estudados 260 pacientes acometidos por AVE isquêmico internados em um hospital de alta complexidade em Criciúma, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014, através de dados coletados em prontuários eletrônicos. Os dados coletados foram analisados através do *software IBM Statistical Package for the Social Sciencies* versão 22.0, utilizando-se os testes u de Mann Whitney e qui-quadrado de Pearson ($p \leq 0,05$). A média e desvio – padrão da idade foi $65,2 \pm 13,5$ anos, com predomínio do sexo masculino (54%). A frequência de tabagismo foi 28% e de etilismo, 17%. As principais comorbidades encontradas foram: hipertensão arterial sistêmica (78%), diabetes *mellitus* (32%), dislipidemia (30%), cardiopatia (29%). Os principais medicamentos utilizados, de um total de 252 prontuários válidos, foram: inibidores da enzima conversora de angiotensina (33%), bloqueadores beta-adrenérgicos (27%), diuréticos tiazídicos (25%), bloqueadores dos receptores de angiotensina (25%), ácido acetilsalicílico (24%), hipoglicemiantes orais (23%), estatinas (22%). Evidenciaram-se 30 óbitos, dos quais 87% eram hipertensos, 60% eram do sexo feminino, 53% eram diabéticos, 33% eram tabagistas, 20% eram dislipidêmicos, 20% tinham demência, e 13% eram etilistas. As variáveis que se mostraram estatisticamente significativas em relação ao desfecho óbito foram a idade média dos óbitos - 71,9 anos ($p = 0,005$), a presença de demência e de diabetes *mellitus*. Após ajuste de potenciais fatores de confusão, através de regressão logística múltipla, mativeram a significância estatística dois fatores para óbito: demência, com razão de chances de 8,90 (IC 95% 2,30 – 34,40) e diabetes *mellitus* - 2,83 (IC 95% 1,25 – 6,39).

Descritores: acidente vascular cerebral; fatores de risco; morte; perfil de saúde

ABSTRACT

This study is aimed to define the epidemiologic profile of patients with ischemic stroke and identify the possible risk factors to death. Information from 260 patients with ischemic stroke attended in a tertiary referral hospital in Criciúma from January 2012 to December 2014 was collected through electronic medical files. The data was analyzed using the software IBM Statistical Package for the Social Sciences version 22.0, applying Mann Whitney U test and Pearson's Chi-Square Test ($p \leq 0,05$). The mean age and standard deviation were $65,2 \pm 13,5$ years, 54% male. The frequency of smoking and drinking was, respectively, 28% and 17%. The main comorbidities were: systemic arterial hypertension (78%), diabetes mellitus (32%), dyslipidemia (30%), heart disease (29%). The most used drugs, among 252 suitable files, were: angiotensin converting enzyme inhibitors (33%), beta-adrenergic blockers (27%), thiazide diuretics (25%), angiotensin receptor blockers (25%), acetylsalicylic acid (24%), oral hypoglycemic agents (23%), and statins (22%). The number of deaths was 30 (11,5%), in which 87% had hypertension, 60% were women, 53% had diabetes mellitus, 33% were smokers, 20% had dyslipidemia, 20% had dementia, and 13% were drinkers. Three risk factors to death were identified: middle age of death - 71,9 years ($p=0,005$), diabetes mellitus and dementia, but , after adjusting for potential confounding factors, using multiple logistic regression, only dementia and diabetes mellitus persisted statistically significant, with an Odds Ratio of 8,90 (IC 95% 2,30 – 34,40) and 2,83 (CI 95% 1,25 – 6,39), respectively.

Keywords: stroke; risk factors; death; health profile.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento mundial da população e a melhoria da qualidade de vida acarretaram uma transição epidemiológica, em que as doenças crônicas não transmissíveis vêm se tornando cada vez mais prevalentes quando comparadas às infecto-contagiosas^{1,2}. Nesse novo perfil têm-se destacado as desordens cardiovasculares, em especial as cerebrais, consideradas a segunda maior causa de óbito no mundo nos últimos anos^{2,3}.

Responsável por cerca de quinze milhões de novos casos e óbitos próximos de cinco milhões e setecentos mil pessoas anualmente, representando cerca de 10% de todas as mortes anuais, o acidente vascular encefálico (AVE) é um dos destaques desse grupo de doenças³. A taxa de mortalidade de doenças cerebrovasculares no Brasil, em 2009, foi de 51,8 para cada 100.000 habitantes⁴. Tempo de internação, sequelas e óbito acarretam custos elevadíssimos ao governo e às famílias. No ano de 2012, segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, ocorreram mais de cento e vinte mil internações decorrentes dos acidentes vasculares encefálicos, trazendo custos maiores que cento e sessenta milhões de reais aos cofres públicos⁵.

O AVE se divide em desordens isquêmicas e hemorrágicas: 80% e 20% dos casos, respectivamente⁶, e possui alguns fatores de risco conhecidos: idade avançada, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes *mellitus* (DM), dislipidemia, tabagismo, etilismo, cardiopatias e sedentarismo. Considerando que a maioria desses fatores é modificável, infere-se que o AVE seja passível de prevenção, desde que realizada de forma correta^{7,8}.

Os principais fatores de risco para óbito nesses pacientes são: diabetes *mellitus*^{9,10}, tabagismo^{9,10}, idade¹⁰, sexo masculino¹¹ e pressão arterial sistólica elevada¹⁰, enquanto os fatores de proteção citados são ingestão moderada de álcool¹¹, raça branca¹⁰, alto nível educacional¹⁰, e boa capacidade física e psicológica pós AVE¹¹.

Devido ao alto impacto dos acidentes vasculares encefálicos na sociedade e à grande prevalência das desordens isquêmicas, quando comparadas às hemorrágicas, o objetivo desse estudo foi avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes acometidos pelo AVE isquêmico no sul de Santa Catarina (SC), atendidos entre janeiro de 2012 e dezembro de 2014, assim como detectar fatores de risco para óbito intra-hospitalar.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo quantitativo, observacional com coleta de dados dos prontuários eletrônicos de pacientes internados com acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico agudo no período de 01/01/2012 a 31/12/2014 em um hospital de alta complexidade no sul de SC. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa do Hospital São José (parecer nº 902.438/2014).

Os prontuários foram incluídos a partir do código de procedimento do Sistema Único de Saúde (SUS) número 303040149 - Tratamento do acidente vascular cerebral agudo isquêmico ou hemorrágico. Foram tabulados 1.122 prontuários. Excluíram-se os prontuários de pacientes que tiveram AVE de origem hemorrágica, os que possuíam apenas ataques isquêmicos transitórios e os erroneamente internados com o código, restando 743 prontuários de pacientes acometidos por AVE isquêmico agudo.

A partir disso foi realizada uma amostragem sobre uma população finita, utilizando-se a fórmula proposta por Barbetta¹², respeitando um intervalo de confiança de 95%, obtendo-se um mínimo de 260 prontuários a coletar. Foram analisados 260 prontuários, selecionados por randomização simples, excluindo-se registros repetidos. Acessaram-se os históricos médicos a partir do número de atendimento da internação do paciente e coletaram-se os dados.

A análise estatística foi feita através do software *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0. Aplicou-se um nível de significância de 0,05 e, portanto, um intervalo de confiança de 95%. Utilizou-se o teste U de Mann Whitney para analisar a associação entre a variável contínua

(idade em anos) e o desfecho categórico (óbito intra-hospitalar), e qui-quadrado de Pearson para a associação entre variáveis categóricas, haja vista a não normalidade das variáveis quantitativas, conforme testes de Kolmogorov-Smirnov.

Na análise inicial algumas variáveis foram estatisticamente significativas. Entretanto, para excluir a possibilidade de se tratar de fatores de confusão, foi feita correção da medida de associação mediante análise de regressão logística múltipla. Para realizar a regressão logística múltipla, dicotomizou-se a variável idade: pacientes com 70 anos ou menos e pacientes acima de 70 anos. Esse ponto de corte foi baseado no aumento da letalidade em pacientes acima de 70 anos quando acometidos por alguma doença.

RESULTADOS

Dos 260 pacientes internados por AVE isquêmico, 141 (54%) eram do sexo masculino. A média de idade foi 65,2 com desvio-padrão de 13,5 anos, variando de 3 a 94 anos. Desses 260 indivíduos, 73 (28%) eram tabagistas e 44 (17%) eram etilistas. Ocorreram 30 (11%) óbitos (tabela 1).

As enfermidades associadas mais encontradas foram: hipertensão arterial sistêmica (202 casos - 78%), diabetes *mellitus* (84 - 32%), dislipidemia (79 - 30%), cardiopatia (76 - 29%), transtorno de ansiedade (31 - 12%), transtorno depressivo (31 - 12%), doenças do trato gastrointestinal (28 - 11%), pneumopatias (27 - 10%), doenças ortopédicas (24 - 9%), epilepsia (18 - 7%), doença vascular (16 - 6%), neoplasias (12 - 5%), demência (11 - 4%), 11 doenças reumáticas (11 - 4%) e cefaleia primária (4 - 2%).

Quanto ao uso de medicamentos, 8 prontuários estavam incompletos, impossibilitando saber se os pacientes utilizavam ou não algum fármaco. Os medicamentos anti-hipertensivos de uso contínuo encontrados foram: inibidores da enzima conversora de angiotensina - 83 (33%), bloqueadores beta-adrenérgicos - 69 (27%), diuréticos tiazídicos - 64 (25%), bloqueadores dos receptores de angiotensina - 62 (25%), bloqueadores dos canais de cálcio - 31 (12%), diuréticos de alça - 19 (8%), diuréticos poupadores de potássio - 13 (5%), e outros anti-hipertensivos - 9 (4%). Os medicamentos utilizados para

doenças neurológicas e psiquiátricas foram: benzodiazepínicos - 44 (17%), inibidores seletivos da receptação de serotonina - 22 (9%), anticonvulsivantes - 15 (6%), tricíclicos - 8 (3%), e antipsicóticos - 7 (3%). Além disso, utilizavam-se outras classes de medicamentos: ácido acetilsalicílico - 60 (24%), hipoglicemiantes orais - 59 (23%), estatinas - 55 (22%), insulina - 18 (7%), anticoagulantes - 6 (2%), clopidogrel - 5 (2%), inibidores da bomba de prótons - 41 (17%), analgésicos comuns - 14 (6%), anti-inflamatórios não-esteroidais - 12 (5%), corticoides - 7 (3%), e anticoncepcionais - 6 (2%).

Em relação aos 30 óbitos intra-hospitalares encontrados, 26 (87%) eram hipertensos, 18 (60%) eram do sexo feminino, 16 (53%) eram diabéticos, 10 (33%) eram tabagistas, 6 (20%) eram dislipidêmicos, 6 (20%) tinham demência e 4 (13%) eram etilistas. A média de idade dos casos de óbito foi de 71,9 anos, enquanto a dos pacientes que tiveram alta foi de 64,3 anos. Entre todas as variáveis analisadas, demência ($p < 0,001$), diabetes *mellitus* ($p = 0,009$) e a idade média dos óbitos ($p = 0,005$) mostraram-se fatores de risco estatisticamente significativos para óbito no AVE isquêmico. O controle de potenciais vieses de confusão, feito através de regressão logística com a idade dicotomizada > 70 anos, mostrou a persistência dos fatores de risco para óbito: diabetes *mellitus* ($p = 0,012$) e demência ($p = 0,002$). Há evidências de que indivíduos que sofreram AVE isquêmico com diabetes *mellitus* apresentaram 2,83 (IC 95% 1,25 – 6,39) vezes mais chance de óbito quando comparados a indivíduos sem essa condição. Indivíduos com demência apresentaram 8,90 (IC 95% 2,30 – 34,40) vezes mais chance de óbito quando comparados a indivíduos sem essa condição (tabelas 2 e 3).

DISCUSSÃO

Percebeu-se uma discreta predominância do sexo masculino entre os acometidos por AVE isquêmico, diferindo dos achados na literatura estadunidense⁹ e sul-brasileira^{13,14} cuja predominância, embora discreta, é contrária. A média de idade foi semelhante à encontrada em estudo estadunidense - 62,8 anos⁹, assim como em estudos semelhantes nacionais^{12,14}.

Em relação aos fatores de risco, a frequência de hipertensão arterial encontrada (78%) é esperada para a população com um evento cardiovascular como o AVE, e está de acordo com resultados encontrados em estudo semelhante na mesma região do país¹³, pouco abaixo dos resultados de um trabalho realizado em São Paulo (SP - 88%)¹⁵, talvez por este ter incluído somente pacientes acima de 60 anos, e abaixo de um estudo no Rio Grande do Sul (RS - 99%)¹⁴, porém neste foram incluídos casos de AVE hemorrágico, cuja hipertensão arterial sistêmica é o principal fator de risco modificável para a condição¹⁶. A prevalência de diabetes *mellitus* em nosso estudo foi de 32%, semelhante a estudo em SC (30%)¹³ ao passo que o estudo em SP evidenciou uma prevalência de 20% de diabetes entre os pacientes com AVE isquêmico¹⁵. Quanto à dislipidemia, sua frequência encontrada – 30% - foi abaixo do esperado (40%)¹³, o que pode ser explicado pela falta de informações nos prontuários do hospital em estudo. A frequência de tabagismo (28%) também foi baixa se comparada a outro estudo (44%) com mais de mil pacientes acompanhados¹⁷. A história de etilismo, seja atual ou passado, ocorreu em 17% dos pacientes, corroborando achados da literatura¹⁷.

Um viés importante é que a análise dos AVEs isquêmicos não foi feita nos 5 subgrupos do critério TOAST¹⁸ (aterosclerose de grandes artérias, oclusão de pequenas artérias, cardioembólico, outra causa determinada, causa indeterminada), e sim avaliando todos os subtipos como uma causa única, pois nos prontuários não havia dados suficientes para tal. Se fossem avaliados os subtipos separadamente, provavelmente, encontrar-se-ia maior prevalência de hipertensos, diabéticos, dislipidêmicos e tabagistas no subgrupo da aterosclerose de grandes artérias, enquanto provavelmente seria maior a frequência de pacientes com malformações cardíacas e arritmias no subgrupo dos cardioembólicos.

A alta prevalência do uso de medicamentos (80% dos pacientes) pode ser explicada pela faixa etária elevada da maior parte dos pacientes, que costuma se associar adversas doenças crônicas, em sua grande maioria hipertensão arterial sistêmica, doença coronariana, e diabetes *mellitus*¹⁹.

A mortalidade (12%) foi inferior à de estudos nacionais, como no RS (16%)¹⁴ e outro estudo paulista, neste foram envolvidos pacientes mais velhos (> 60 anos) e incluíam AVE hemorrágico (18%)²⁰. As variáveis idade média dos óbitos, diabetes *mellitus* e demência tiveram influência na mortalidade com significância estatística em uma análise univariada. Após ajuste por regressão logística, destacaram-se como significativas como fatores de risco para óbito as comorbidades demência e diabetes *mellitus*. A literatura relata que diabetes *mellitus* é o principal fator de risco, corrigido pela idade, para óbito nos pacientes acometidos pelo AVE isquêmico; nas mulheres o risco relativo é ainda maior se comparado aos homens²¹. Não encontramos estudos científicos que tenham associado demência com mortalidade por AVE, excetuando-se uma recente publicação nacional que encontrou tal associação na Doença de Alzheimer²².

Como limitação, destacou-se a dificuldade de acessar os dados em alguns prontuários eletrônicos, principalmente pela desorganização das evoluções de alguns profissionais de saúde, impossibilitando a coleta de alguns dados inicialmente propostos, tais como: profissão, índice de massa corporal, tempo de evolução dos sintomas, medicações em uso.

Com isso pode-se concluir que o perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico isquêmico atendidos em Criciúma é bastante semelhante ao perfil tradicionalmente descrito. Em relação aos fatores de risco para óbito, obtiveram-se resultados estatisticamente significativos para diabetes *mellitus* e demência, sendo essa última uma associação não encontrada até o momento na literatura, justificando a realização de novos estudos para confirmar e explorar detalhadamente tal fator de risco.

REFERÊNCIAS

1. National Institute on Aging [internet]. Why population aging matters: A global perspective. Bethesda: The Association; 2007. Disponível em: <http://www.nia.nih.gov/research/publication/why-population-aging-matters-global-perspective>
2. Prata PR. The Epidemiologic Transition in Brazil. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 8 (2): 168-175, abr/jun, 1992.
3. Oliveira-Filho J, Martins SCO, Pontes-Neto OM, Longo A, Evaristo EF, Carvalho JJFd, et al. Guidelines for acute ischemic stroke treatment: part I. Arq Neuropsiquiatr 2012;70:621-629
4. Almeida SRM. Análise Epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. Revista Neurociências. 2012;20(4):2.
5. Ministério da Saúde/SE/Datasus [internet]. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS IBGE: The Association. [atualizado Dec, 2014]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>
6. English JD, Smith WS, Johnston SC. Cerebrovascular Diseases. In: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 18th ed. New York, Y: McGraw-Hill; 2012. p. 3270-3299.
7. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. Lancet. 2010;376(9735):112-23.
8. Sacco RL, Benjamin EJ, Broderick JP, Dyken M, Easton JD, Feinberg WM, et al. Risk Factors. Stroke. 1997;28(7):1507-17. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/28/7/1507.full>

9. Koton S, Schneider ALC, Rosamond WD, Shahar E. Stroke Incidence and Mortality Trends in US Communities, 1987 to 2011. JAMA. 2014 [acesso em 2015 set 9]; 312 (3): 259-268. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/34/12/2876.full.pdf+html>
10. Patel AB, Kostis JB, Wilson AC, Shea ML, Pressel SL, Davis BR. Long-term fatal outcomes in subjects with stroke or transient ischemic attack. Stroke. 2008;39:1084-1089. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/39/4/1084.full.pdf+html>
11. Engstad T, Viitanen M, Arnesen E. Predictors of death among long-term stroke survivors. Stroke. 2003;34:2876-2880. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/34/12/2876.full.pdf+html>
12. Barbetta PA. Estatística Aplicada às Ciências Sociais. 7.ed. Florianópolis: Editora UFSC; 2007.
13. Moro A, Berlotti MM, Albino PHC, Bresciani AP, Oliveira MV, Martin GL. Perfil dos pacientes acometidos com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico hospitalizados no Hospital Governador Celso Ramos. Arq. Catarin. Med. 2013 jan-mar; 42(1): 63-67. Disponível em: www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1214.pdf
14. Sá BP, Grave MTQ, Périco E. Perfil de pacientes internados por Acidente Vascular Cerebral em hospital do Vale do Taquari/RS. RevNeurocienc 2014; 22(3):381-387. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2014/2203/Original/967original.pdf>
15. Pires SL, Gagliardi RJ, Gorzoni ML. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. ArqNeuropsiquiatr 2004;62(3-B):844-851. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2004000500020&script=sci_arttext

16. Pontes-Neto OM, Oliveira-Filho J, Valiente R, Friedrich M, Pedreira B, Rodrigues BCB, Liberato B, Freitas GR. Diretrizes para o manejo de pacientes com hemorragia intraparenquimatosa cerebral espontânea. *Arq Neuropsiquiatr* 2009;67(3-B):940-950.
17. Putaala J, Metso AJ, Metso TM, Konkola N, Kraemer Y, Haapaniemi E, Kaste M, Tatlisumak T. Analysis of 1008 Consecutive Patients Aged 15 to 49 With First-Ever Ischemic Stroke. *Stroke*. 2009 [acesso em 2015 out 1]; 40: 1195-1203. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/40/4/1195.full.pdf>
18. Kolominski-Rabas PL, Weber M, Gefeller O, Neundoerfer B, Heuschmann PU. Epidemiology of Ischemic Stroke Subtypes According to TOAST Criteria. *Stroke*. 2001 [acesso em 2015 out 1]; 32: 2735-2740. Disponível em: <https://stroke.ahajournals.org/content/32/12/2735.full.pdf+html>
19. Camacho EJ, LoPresti MA, Bruce S, Lin D, Abraham ME, Appelboom G, McDowell M, DuBois BG, Sathe M, Connolly ES. The role of age in intracerebral hemorrhage: an intricate relationship. *Austin Journal of cerebrovascular disease and stroke*. 2014;1(5): 1022.
20. Maia FO, Duarte YA, Lebrão ML. Análise dos óbitos no estudo SABE*. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(4):540-7.
21. Tuomilehto J, Rastenyte D, Jousilahti P, Sarti C, Vartiainen E. Diabetes mellitus as a risk factor for death from stroke. Prospective study of the middle-aged Finnish population. *Stroke* 27: 210-5, 1996. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/27/2/210.full>
22. Teixeira JB, Junior PRS, Higa J, Filha MMT. Doença de Alzheimer: estudo da mortalidade no Brasil, 2000-2009. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(4):1-12, abr, 2015.

Tabela 1. Características gerais da amostra

Variáveis	n (%)
	n = 260
Idade (anos)*	65,2 ± 13,5
Sexo Masculino	141 (54,2)
Tabagistas	73 (28,1)
Etilistas	44 (16,9)

*média ± desvio-padrão

Tabela 2. Fatores de risco para óbito em pacientes acometidos por AVE

Características	Óbito n = 30	Alta Hospitalar n = 230	OR	IC95%	Valor-p	OR*	IC95%*
Sexo masculino	12 (40)	129 (56,1)	0,52	0,24 - 1,13	0,096		
Idade média (anos)	71,87±10,46	64,31±13,60			0,005‡		
Idade > 70 anos†	17 (56,7)	77 (33,5)			0,013	0,54	0,23 - 1,26
Tabagismo	10 (33,3)	63 (27,4)	1,32	0,59 - 2,99	0,496		
Etilismo	4 (13,3)	40 (17,4)	0,73	0,24 - 2,21	0,577		
Hipertensão arterial	26 (86,7)	176 (76,5)	1,99	0,67 - 5,97	0,209		
Diabetes <i>mellitus</i>	16 (53,3)	68 (29,6)	2,72	1,26 - 5,89	0,009	2,83	1,25 – 6,39
Dislipidemia	6 (20)	73 (31,7)	0,54	0,21 - 1,37	0,189		
Demência	6 (20)	5 (2,2)	11,25	3,19 - 39,63	<0,001	8,90	2,30 – 34,40

*Valores corrigidos após regressão logística para a idade

‡Valor significativo ($p < 0,05$) após aplicação do teste U de Mann-Whitney

† Para o ajuste de regressão logística, usou-se a variável dicotomizada (>70 anos).

Tabela 3. Regressão Logística Múltipla

Incluído no Modelo	b (EP)	Exp(b)	IC 95%	
			Inferior	Superior
Constante	-2,923 (1,798)	0,054	-	-
Diabetes <i>mellitus</i> *	1,040 (0,416)	2,830	1,253	6,390
Demência**	2,186 (0,690)	8,899	2,302	34,397
Idade > 70 anos	-0,609 (0,430)	0,544	0,234	1,262

Nota: $r^2 = 0,079$ (Cox e Snell), 0,155 (Nagelkerke). $\chi^2 = 21,443$, $p < 0,001$, * $p = 0,012$, ** $p < 0,002$.

b = coeficiente da equação logística; EP = erro padrão.